TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D[r] H. MULLER

PROSECTEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—

1907

I. — TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux de Lyon
(Concours 1897)

Interne des Hôpitaux de Lyon
(Concours 1899)

II. — TITRES UNIVERSITAIRES

Chargé des Fonctions d'Aide d'Anatomie
(Concours de Prosectorat 1903)

Aide d'Anatomie
(Concours 1904)

Prosecteur
(Concours 1905)

Docteur en Médecine de la Faculté de Lyon
(1904)

III. — ENSEIGNEMENT

En Qualité d'Aide d'Anatomie et de Prosecteur

(1903-1907)

Conférences d'anatomie (semestre d'hiver)
Conférences de petite chirurgie (semestre d'été)
Démonstrations pratiques de médecine opératoire (semestre d'été)

IV. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — Communications et présentations aux Sociétés savantes.

1. **Exostoses intracraniennes du frontal** chez une rhumatisante ayant déterminé des crises épileptiques. (*Soc. des Sc. méd.* de Lyon, 22 novembre 1899). — C. R. (*Lyon Méd.*, 1899, n° 51.)

2. **Occlusion intestinale par volvulus d'une anse grêle.** Laparotomie. Guérison. (*Soc. des Sc. méd.* de Lyon, 17 décembre 1902). — C. R. (*Lyon Méd.*, 1903, n° 4.)

3. **Kyste dermoïde de l'ovaire;** ébauche d'une moitié de maxillaire inférieur avec deux incisives rudimentaires. (*Soc. des Sc. méd.* Lyon, 7 janvier 1903). — C. R. (*Lyon Méd.*, 1903, n° 9.)

4. **Néphrectomie pour cancer du rein.** Absence de récidive pendant deux ans. (*Soc. des Sc. méd.*, 11 février 1903). — C. R. (*Lyon Méd.*, 1903, n° 15.)

5. **Pyonéphrose fermée. — Calculs rénaux volumineux.** (*Soc. des Sc. méd.* Lyon, 28 octobre 1903). — C. R. (*Lyon Méd.*, 1904, n° 46.)

6. **Rétraction des fléchisseurs des doigts consécutive à une piqûre septique de l'éminence hypothénar.** (*Soc. de Chir.* Lyon, 10 décembre 1903). — C. R. (*Lyon Méd.*, 1904, n° 3)

7. **Extrophie de la vessie. Résultat d'une opération de Maydl.** (*Soc. de Chir.* de Lyon, 14 janvier 1904). — C. R. (*Lyon Méd.*, 1904, n° 9.)

8. **Rein unique en fer à cheval**, formé par la soudure des deux pôles inférieurs. Pièce anatomique présentée avec MM. Tavernier et Chalier. (*Soc. des Sc. méd.*, 26 novembre 1906). — C. R. (*Lyon Méd.*, décembre 1906.)

9. **Tumeur de la vessie.** Pyélonéphrite bilatérale. Obstruction calculeuse d'un uretère. Pièces anatomiques présentées avec M. Tavernier. (*Soc. des Sc. méd.*, 5 décembre 1906). — C. R. (*Lyon Méd.*, janvier 1907.)

10. **Dextrocardie acquise par symphyse pleurale.** Présentation faite par M. Tavernier. (*Soc. Méd.* de Lyon, 10 décembre 1906. — C. R. (*Lyon Méd.*, janvier 1907.)

11. **Astragales ayant subi de curieuses déformations sous l'influence d'arthrite sèche.** Avec M. Tavernier. (*Soc. des Sc. méd.* de Lyon, 6 mars 1907.)

12. **Fracture sus-malléolaire.** Présentation de pièces. En collaboration avec M. Laroyenne. (*Soc. des Sc. méd.* de Lyon, 6 mars 1907.)

13. **Pieds bots.** En collaboration avec M. Laroyenne. (*Soc. des Sc. méd.* de Lyon, 6 mars 1907.)

14. **Canal déférent et uretère** (Trajet et rapports anatomiques. — En collaboration avec M. Tavernier. (*Soc. des Sc. méd.*, 17 avril 1907.)

II. — Mémoires originaux.

15. **Gangrène de la jambe consécutive à l'attrition traumatique de l'artère poplitée, sans fracture ni plaie extérieure.** (*Prov. Méd.*, 22 février 1902.)

16. **Paralysies isolées et complètes du moteur oculaire commun dans les traumatismes du crâne.** En collaboration avec le docteur Desgouttes. (*Rev. d'ophtalm.*, 30 avril 1903.)

17. **Des cals vicieux dans les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant.** (Thèse de Lyon 1904.)

18. **Dégénérescence polykystique des reins.** En collaboration avec le Dr Desgouttes. (*Gaz. des Hôp.* Sous presse.)

19. **Phlegmon chronique de la cavité de Retzius.** En collaboration avec le Dr Desgouttes. (*Lyon Méd.* Sous presse.)

I. — TÊTE, COU, THORAX.

Exostoses de la face endocranienne du frontal, chez une femme rhumatisante, ayant déterminé des crises épileptiques. (*Soc. des Sc. Méd.*, 22 novembre 1899.)

Cette observation est celle d'une femme morte à 40 ans, de broncho-pneumonie.

Cette femme fut prise pour la première fois, l'an avant sa mort, de crises d'épilepsie typique, sans en avoir jamais présenté jusque-là.

La cause de ces phénomènes épileptiques fut révélée à l'autopsie par la découverte sur la face endocranienne du frontal, de deux exostoses, faisant chacune une saillie mamelonnée, un peu aplatie, de chaque côté de la ligne médiane.

La nature de ces exostoses est assez obscure. Cette femme n'avait aucun antécédent syphilitique. C'était une rhumatisante, ayant eu de nombreuses poussées articulaires, avec lésions cardiaques consécutives.

Paralysies isolées et complètes du moteur oculaire commun dans les traumatismes du crâne.

Dans ce travail fait en collaboration avec le Dr Desgouttes, nous avons publié deux observations de paralysie de la troisième paire, consécutives à des traumatismes du crâne.

Dans les deux cas observés dans le service de M. le professeur Rollet, la paralysie complète du moteur commun a résumé à elle seule, les accidents résultant du traumatisme cranien.

Dans un cas il s'est agi de chute sur la bosse pariétale droite, dans l'autre de chute sur la région occipitale.

L'intérêt de ces deux observations porte sur les points suivants:

1° Rareté de la paralysie du moteur commun dans les traumatismes du crâne.

2° Apparition de cette paralysie en dehors de tout autre signe de lésion cranienne ou cérébrale.

3° Disparition spontanée et rapide de la paralysie.

Dextrocardie acquise par symphyse pleurale. (*Soc. de Méd*, 10 décembre 1906, en collaboration avec M. Tavernier.)

Il s'agissait d'une pièce anatomique trouvée à l'amphithéâtre ; le cœur, attiré par une symphyse pleurale droite, occupait complètement la moitié droite du thorax.

II. — ABDOMEN, ORGANES GÉNITAUX URINAIRES

Occlusion intestinale par volvulus d'une anse grêle. Laparotomie. Guérison. (*Soc. des Sc. Méd.*, 17 déc. 1902. Présentation faite au nom de M. le Professeur Rollet et au mien.)

L'intérêt de cette présentation a résidé dans les trois points suivants :

1° Rareté des volvulus.

2° Période de tolérance relativement longue ; début brusque par douleurs abdominales violentes, et vomissements ; arrêt des matières et des gaz. Météorisme intense. La malade, âgée de 51 ans, ne vint à l'hôpital que plusieurs semaines après le début de ses accidents.

3° Disparition presque instantanée du météorisme après la détorsion de l'anse, et guérison rapide de la malade en quelques jours.

Kyste dermoïde de l'ovaire. (Présentation à la *Soc. des Sc. Méd.* de Lyon, 7 janvier 1903.)

Ce kyste dermoïde, enlevé par M. le professeur Rollet, chez une jeune fille de 24 ans, renfermait à son intérieur une ébauche très manifeste de maxillaire inférieur, portant deux incisives rudimentaires.

Néphrectomie pour cancer du rein. (*Soc. des Sc. Méd.*, 11 fév. 1903.)

Nous avons rapporté dans cette communication l'observation d'un malade, opéré par M. le professeur Rollet, qui resta pendant deux ans environ sans trace de récidive.

Pyonéphrose calculeuse. (*Lyon Méd.*, novembre 1903.)

Ce cas a trait à une malade observée et opérée dans le service de M. Vallas.

Cette malade présentait une volumineuse poche de pyélonéphrite suppurée, remplissant presque tout l'abdomen ; cette pyénéphrose fut ouverte en avant par la voie transpéritonéale, et l'on trouva à l'intervention deux volumineux calculs.

Les suites en furent simples et la guérison rapide.

Rein unique en fer à cheval. (Présentation de pièce anatomique faite à la *Soc. des Sc. Méd.*, de Lyon, le 26 novembre 1906, en collaboration avec MM. Tavernier et Chalier.)

Cette pièce était un bel exemple de rein unique en fer à cheval, formé par la soudure congénitale des deux pôles inférieurs.

Il n'y avait aucune autre anomalie des organes génito-urinaires.

Tumeur de la vessie. — Pyélonephrite double. — Obstruction calculeuse d'un uretère (Présentation de pièces anatomiques, faite avec M. Tavernier, à la *Soc. des Sc. méd.* de Lyon, 5 decembre 1906.)

L'intérêt de cette présentation résidait :

1° Dans le siège de la tumeur, sur la face péritonéale de la vessie, qui aurait rendu possible son ablation.

2° Dans la coexistence de la tumeur avec un calcul urétéral. Celui-ci était dû vraisemblablement à de la lithiase secondaire aux lésions de pyélonéphrite double déterminée par la présence de la tumeur.

Extrophie de la vessie. — Résultat d'une opération de Maydl. (*Soc. des Sc. méd.* de Lyon, 14 janvier 1904.)

Ce cas a trait à un petit malade opéré à l'âge de 12 ans, par M. le professeur agrégé Nové-Josserand.

L'opération consista en dissection des uretères au niveau de leur portion terminale, conservation de leurs points d'implantation vésicale et de la portion vésicale correspondante. Abouchement du tout dans l'S iliaque.

Le résultat immédiat fut des plus satisfaisants.

Au début, le malade avait, par son rectum, des selles involontaires. Mais la situation se régularisa peu à peu et, quatre mois après l'intervention, le petit malade était parfaitement continent et vidait son rectum trois fois par jour seulement.

Reins polykystiques. (*Gaz. des Hôp.* Sous presse.)

A propos d'un cas personnel, nous envisageons, avec le Dr Desgouttes, quelques points particuliers de cette singulière affection.

Nous attirons en particulier l'attention sur ce fait que, dans notre cas particulier, l'affection semble remonter nettement à un traumatisme violent (tamponnement entre deux vagons) subi par le malade.

Pendant très longtemps, dans notre cas (six années), la maladie ne se manifesta que par de légères hématuries. Puis, brusquement, apparurent de violentes douleurs lombaires et deux tumeurs rénales, dont la droite, très volumineuse, remplissait toute la moitié droite de l'abdomen.

L'on pratiqua une double *néphrotomie* pour remédier aux douleurs atroces ressenties par le malade.

La mort survint, par urémie, deux mois environ après l'apparition des douleurs.

Phlegmon chronique ligneux de la cavité de Retzius. (*Lyon Méd.* Sous presse.)

Dans ce travail, nous relatons, avec le Dr Desgouttes, l'observation d'un malade qui présenta, à la suite d'une cure radicale de hernie, un phlegmon chronique ligneux de la cavité de Retzius.

L'intérêt de ce cas réside surtout :

1° Sur l'étendue des lésions : l'induration phlegmoneuse avait envahi toute la moitié sous-ombilicale de la paroi abdominale. Celle ci présentait, à l incision, une épaisseur de 10 à 12 centimètres.

2° Sur la longue durée de l'affection, près de trois années.

3° Sur la guérison rapide après l'incision.

Rapports du canal déférent et de l'uretère. (Note à la *Soc. des Sc. Méd.*, 17 avril 1907, avec M. Tavernier.)

Nous mettons en relief dans cette communication le fait qu'au cours des vaso-vésiculectomies par la voie inguinale, lorsqu'on décolle le péritoine de la fosse iliaque et du petit bassin pour aborder l'ampoule du déférent et la vésicule séminale, on décolle et on entraîne en même temps que lui les lames celluto-fibreuses sous-péritonéales. Or, dans ces lames, cheminent le canal déférent et l'uretère.

Lorsqu'on procède sans précaution au décollement, les organes, entraînés avec le péritoine, restent cachés par ces lames celluleuses et le décollement a pour résultat de placer l'uretère sur le côté externe du déférent au niveau de leur point de croisement. Il faut, d'autre part, aller isoler l'ampoule du déférent à travers un voile cellulo-fibreux, qui la cache en dehors.

Pour éviter la rencontre de l'uretère et pour le laisser collé contre la paroi du petit bassin, il faut procéder au décollement du seul péritoine, en partant du canal déférent. On peut ainsi isoler ce canal jusqu'à la vésicule en laissant l'uretère en place, et l'on n'a pas besoin, pour achever la dissection du déférent, d'effondrer la lame celluleuse qui le recouvre en dehors et qui est entraînée avec le péritoine dans un décollement fait sans précaution.

III. — MEMBRES

Gangrène de la jambe droite consécutive à l'attrition traumatique de l'artère poplitée, sans fracture ni plaie extérieure. (*Prov. méd.* 22 février 1905.)

Nous avons relaté dans ce mémoire l'observation d'un malade qui ayant eu la jambe droite prise sous une roue de voiture, fut atteint de gangrène consécutive par thrombose de l'artère poplitée, sans fracture ni plaie extérieure.

C'est là un fait intéressant entrant dans le cadre des contusions artérielles graves suivies de thrombose et de gangrène, dont Lejars, dans son mémoire de la *Revue de Chirurgie*, en 1898, a donné un tableau d'ensemble.

Rétraction des muscles fléchisseurs des doigts de la main, consécutive à une lésion inflammatoire. (Présentation à la *Soc. de Chirurgie* de Lyon, 10 décembre 1903.)

Il s'agissait d'une fillette atteinte d'une griffe des doigts de la main, déterminée par la flexion des deux dernières phalanges, à peine marquée au pouce, de plus en plus accusée en allant vers le petit doigt où elle était le plus marquée.

Cette rétraction était sous la dépendance d'une collection suppurée siégeant au voisinage des muscles fléchisseurs, collection résultant d'une piqûre septique. La griffe et la rétraction disparurent rapidement après l'ouverture de la collection.

Astragales déformés par des lésions d'arthrite sèche. (*Soc. des Sc. Méd.* de Lyon, 6 mars 1907.)

Nous avons présenté avec M. le docteur Tavernier trois astragales ayant subi de curieuses déformations d'arthrite sèche : usure et aplatissement de la poulie cartilagineuse ; présence sur le col d'ostéophytes formant de véritables butées osseuses. Ces déformations en avaient imposé de prime abord pour d'anciennes lésions traumatiques. La constatation d'autres lésions d'arthrite sèche, en particulier au niveau des genoux, permit de rattacher ces déformations à leur véritable cause.

Fracture sus-malléolaire. (*Soc. des Sc. Méd.* de Lyon, 6 mars 1907.)

Nous avons présenté avec le docteur Laroyenne une belle pièce de fracture sus-malléolaire vicieusement consolidée à angle obtus ouvert en avant. C'est là un type fréquent de fracture sus-malléolaire vicieusement consolidée, sur lequel a bien insisté Barberousse dans sa thèse (Lyon 1903), inspirée par notre maître M. Vallas.

Pied bot paralytique varus équin et pied bot varus équin congénital. (*Soc. des Sc. Méd.* de Lyon, 6 mars 1907, en collaboration avec M. le Docteur Laroyenne.)

Nous avons insisté, dans le parallèle anatomique de ces deux pieds bots sur les points suivants :

1° Déformation considérable des os du pied dans le pied bot

congénital avec déplacement marqué des surfaces articulaires au niveau de la tibiotarsienne, de la médiotarsienne et de la sous-astragalienne.

Dans le pied bot paralytique, les os au contraire sont peu déformés, et le déplacement des surfaces articulaires est minime.

Dans le pied bot congénital, les os ont leur consistance et leur densité normale. Dans le pied paralytique, ils sont légers, poreux, gras.

2° Dans les deux cas, production au niveau du squelette de la jambe d'une torsion compensatrice du varus, telle que la malléole interne regardait à peu près directement en avant.

3° Sur le pied bot congénital, on voyait parfaitement les particularités anatomiques suivvantes.

a) Articulation de la malléole externe avec le calcanéum (point sur lequel a insisté Hoffa).

b) Déformation marquée de la tête et du col de l'astragale Présence du tubercule de Nélaton.

c) Atrophie de la partie postérieure du calcanéum, avec allongement et augmentation du volume de la grande apophyse.

d) Nécessité dans le cas où l'on aurait voulu pratiquer une intervention de faire non seulement une astragalectomie, mais une astragalectomie complétée par l'ablation de la grande apophyse du calcanéum. (Opération de Gross.)

Des cals vicieux dans les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez les enfants. (*Thèse de Lyon*, 1904.)

Nous avons dans ce travail envisagé dans une vue d'ensemble, la question si complexe et si intéressante en pratique des consolidations vicieuses des trois variétés principales de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant : sus-condyliennes, obliques externes, de l'épitrochlée.

Notre travail est basé sur soixante-huit observations inédites, puisées dans les services de M. Nové Josserand et Bérard, professeurs agrégés, chirurgiens des hôpitaux de Lyon.

1° Au point de vue du *pronostic* général de ces fractures, nous sommes arrivés à des conclusions identiques à celles formulées

depuis longtemps déjà par M. le Professeur Lannelongue, qui en avril 1880, déclarait à la Société de Chirurgie, en réponse aux paroles trop optimistes de Desprès, qu'il s'agit là de lésions graves et difficiles à guérir.

Ce sont là également les conclusions qui ressortent des observations du professeur Kirmisson, de Broca, de la thèse de Mouchet.

2° Nous avons ramené à quatre groupes principaux les *éléments qui entrent en jeu pour produire les cals vicieux du coude :*

a) L'*arthrite traumatique.*

b) La *persistance d'un déplacement des fragments.*

c) Les *ossifications périostiques.*

d) Les *troubles de croissance dus à des lésions du cartillage de conjugaison.*

Ces divers éléments se combinent, mais c'est la persistance du déplacement dûe à la difficulté de la réduction et de son maintien, et les ossifications périostiques qui jouent le principal rôle.

Nous avons montré que malgré les secours de la radiographie et l'aide de l'anesthésie, on n'était jamais sûr d'obtenir une réduction parfaite.

D'autre part, nous avons montré également qu'il n'est point d'attitude d'immobilisation infaillible, qu'il faille appliquer systématiquement à tous les cas ; aucune ne permet d'obtenir, d'une façon certaine le maintien de la réduction.

3° Nous avons envisagé, dans les résultats de ces consolidations vicieuses, trois points principaux.

a) La *gêne mécanique*, l'*ankylose* plus ou moins complète : *résultat fonctionnel.*

b) La *déformation persistante : résultat esthétique.*

c) Les *complications nerveuses.*

a) *Gêne fonctionnelle.* — Elle porte surtout sur la flexion et l'extension. La supination et la pronation restent à peu près indemnes.

Cette gêne, variable suivant les cas, se rencontre dans les diverses variétés de fractures (sus condyliennes, obliques externes, de l'épitrochlée).

b) Résultat esthétique. — Déformation persistante. — Cubitus varus et valgus traumatiques. — Des déformations tardives.

Nous avons repris les divers points de la question. Nous sommes arrivé à la conclusion générale que la déformation persistante, le cubitus varus et valgus post-traumatiques, sont le résultat d'une *consolidation vicieuse des fragments en mauvaise position.*

Le cubitus varus tardif de Rieffel (*Revue d'Orthopédie*, 1897) dû à un trouble dans l'accroissement du cartilage épiphysaire, est pour nous exceptionnel. Nous n'en avons pas rencontré de cas et nous ne considérons pas comme probantes les observations sur lesquelles est basé le travail de Rieffel.

c) *Troubles nerveux.* — Ces troubles nerveux résultent le plus souvent de l'englobement des troncs nerveux par le cal ou de leur compression par une saillie osseuse.

Ils se manifestent, en général, secondairement, dans les trois ou quatre semaines qui suivent l'accident.

Les trois gros troncs nerveux qui entourent le coude peuvent être intéressés (médian, radial et cubital).

Nous avons insisté sur ce point que ce sont, *avant tout*, les *fractures sus-condyliennes* qui s'accompagnent de paralysies secondaires, soit du médian, soit du radial.

D'après nos chiffres, on les observe dans un cinquième des cas de fractures sus-condyliennes. D'autre part, nous avons montré que la lésion élective du radial ou du médian paraît liée aux conditions anatomiques suivantes : si la fracture sus-condylienne s'est consolidée avec saillie du fragment supérieur diaphysaire en avant et en dehors, le radial sera intéressé. (Voir planche I.)

Si, au contraire, le butoir diaphysaire fait saillie directement en avant, ou en avant et en dedans, c'est le médian qui sera atteint.

Les fractures du condyle externe intéressent beaucoup moins les troncs nerveux au cours de leur consolidation.

Nous n'avons rencontré qu'un cas, au cours d'une trentaine d'observations de fractures obliques externes, où le radial fut

légèrement intéressé. Nous n'avons jamais rencontré de troubles du côté du médian. Quant aux lésions tardives du côté du cubital par rétréoissement de la gouttière épitrochléo-olécranienne, sur lesquelles insiste Mouchet, il ne nous a pas été donné d'en observer.

Les fractures de l'épitrochlée peuvent s'accompagner de lésions nerveuses ; ici, c'est le cubital qui est intéressé ; il est comprimé par le fragment épitrochléen qui, déjeté en bas, en arrière et en dehors, vient combler la gouttière épitrochléo-olécranienne. Nous en avons observé deux cas sur une vingtaine d'observations.

4° *Interventions dirigées contre les cals vicieux du coude.* Ces interventions peuvent viser :

a) Les troubles fonctionnels mécaniques ;

b) Les déformations esthétiques (cubitus varus) ;

c) Les paralysies nerveuses.

a) Les interventions pratiquées contre la *gène fonctionnelle* varieront suivant les cas :

Résection du butoir diaphysaire saillant en avant dans les fractures sus-condyliennes. (Voir planche II, fig. 1 et 2.)

Ablation du fragment ép:trochléen ou du fragment condylien.

Résection semi-articulaire humérale. — C'est là l'opération qui convient au plus grand nombre de cas. Les résultats en sont satisfaisants, comme le prouvent nos observations.

Résection articulaire complète dans certains cas.

b) L'opération qui convient, dans la majorité des cas, au cubitus varus, est l'*ostéotomie.*

c) Les paralysies persistantes sont une indication d'intervention. Il faut intervenir dès que la paralysie paraît confirmée, sans tendance à l'amélioration spontanée.

L'opération consiste dans la *libération du nerf*, en respectant autant que possible sa continuité. L'intervention est toujours efficace : les neuf cas de paralysie traités par la libération du tronc nerveux, dont nous avons rapporté les observations, ont tous guéri complètement en l'espace de trois ou quatre mois.

Dans un cas de M. Bérard, le nerf radial, complètement sectionné par l'arête vive du fragment diaphysaire, fut suturé après avivement de ses deux tronçons. L'enfant retrouva complètement l'intégrité de ses mouvements dans le domaine du radial, comme le montre nos photographies, en l'espace de huit à dix mois environ. (Voir planche III.)

Ce cas est un bel exemple de résultat favorable de suture nerveuse.

TABLE DES MATIÈRES

3304 — Imp. Réunies, Lyon.

PLANCHE I



Radiographie faite deux mois et demi après l'accident. — On voit sur cette radiographie :
1° La consolidation vicieuse en cubitus valus
2° La projection du fragment diaphysaire en avant et en dehors, ayant amené la paralysie du radial.

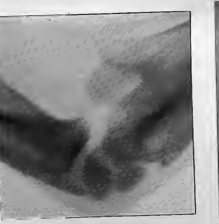


Fig. 1

Fracture sus-condylienne vicieusement consolidée, avec saillie considérable du fragment diaphysaire en avant, limitant la flexion



Fig. 2

La même, après abrasion du butoir diaphysaire.



Fig. 1
Paralysie radiale. — Photographie faite avant l'intervention qui montra section complète du radial.



Fig. 2
Photographie faite après la suture du radial. — Guérison de la paralysie.